

Ethicus Bart Hansen over euthanasie bij ondraaglijk psychisch lijden

# 'De dood kiezen mag niet te normaal worden'



FOTOGRAFIE: ISTOCKPHOTO

Euthanasie bij ondraaglijk psychisch lijden: het is en blijft een heikel thema. Het leeft ook erg onder psychiaters. Voor sommigen van hen rust er nog een taboe op. Hoe ver kan de psychiater gaan? Welke uitspraken kan en mag de psychiater op grond van opleiding, wet en ethiek doen? Wat wordt in deze context van hem verwacht? *De Psychiater* ging op zoek naar antwoorden bij Bart Hansen van het Centrum voor Biomedische Ethiek en Recht van de KU Leuven.

FILIP VAN BRABANDER, WETENSCHAPSJOURNALIST

De voorbije maanden kwam het thema euthanasie bij ondraaglijk psychisch lijden geregeld in de media aan bod. Op 7 februari schrijft Hugo Camps in *De Morgen*, we citeren: 'En er is het psychisch lijden dat misschien nog de meest ondraaglijke beschavingsziekte is.' Kort daarvoor, op 16 januari, stelt Joël De Ceulaer ons in *De Standaard* de volgende vraag: 'Veel mensen vinden fysiek lijden per definitie erger dan psychisch lijden. Ik niet. U?' We leggen beide citaten voor aan Bart Hansen, docent ethiek aan de KU Leuven en coördinator gezondheidsethiek voor Emmaüs.

Bart Hansen: 'Eerst even opmerken dat, als het over het levenseinde en de euthanasiewetgeving gaat, tussen beide vormen van lijden geen onderscheid wordt gemaakt. Dit is een



belangrijk uitgangspunt; beide vormen zijn klaar en duidelijk in de wet opgenomen.

Ja, wat is nu het ergste? Wat iemand erg vindt, als ondraaglijk ervaart, hangt niet alleen van het soort lijden af maar ook van de persoonlijkheid van de betrokkene, van zijn relatie met zijn omgeving, van de hele context. Dit is eigenlijk moeilijk beoordeelbaar, het is moeilijk objectief meetbaar. We moeten echter beseffen dat dit slechts één element is. In de publieke

**'Psychiaters moeten er zich van bewust zijn dat de wet er is. Euthanasie kan, euthanasie is wettelijk geregeld'**

opinie heerst vooral de overtuiging dat het enkel om ondraaglijk lijden moet gaan.

Wat door artsen wél beter kan worden beoordeeld, is het medisch uitzichtloze van de situatie. We mogen niet vergeten dat dit medisch uitzichtloze essentieel deel uitmaakt van de wet. Er is geen sprake van ondraaglijk lijden óf een medisch uitzichtloze situatie, maar van ondraaglijk lijden én een medisch uitzichtloze situatie.'

*Is het medisch uitzichtloze niet beter aantoonbaar bij een somatische aandoening dan bij een psychiatrische?*

'Dat is zeker zo. Bij de somatische aandoening kan bij wijze van spreken relatief goed een eindtermijn worden ingeschat. Het verloop van de aandoening is als het ware meetbaarder, voorspelbaarder ook. Bij psychiatrische aandoeningen – dat vinden we vaak terug in de literatuur – gebeurt het vaker dat de patiënt op een of andere manier plots, en ook voor de psychiaters soms onverwacht, toch weer zin in het leven krijgt.'

*Kan het dat, als een onverdraaglijk psychisch lijdende de doodswens uit, hij of zij dan plots een ander soort aandacht krijgt?*

'Het is duidelijk dat alleen al het uiten van de wens een doorbraak kan betekenen. Het is van het allergrootste belang dat bij het uiten van de wens naar de patiënt wordt geluisterd. We mogen hierbij niet vergeten dat er sinds het van kracht worden van de wet op de euthanasie een duidelijke maatschappelijke evolutie waar te nemen is. Aanvankelijk werd in hoofdzaak gedacht aan somatisch lijden, met vooral de terminale oncologische patiënt in het achterhoofd. Sinds die tijd wordt breder gedacht, met als gevolg dat nu ook de psychiatrische patiënt meer aandacht krijgt. Het ondraaglijk psychisch lijden van de psychiatrische patiënt lijkt steeds meer bespreekbaar te worden. Het lijkt iets makkelijker te worden om erover te praten.'

*De effecten van therapieën in de somatische geneeskunde zijn makkelijker aantoonbaar dan die van therapieën in de psychiatrie. Is het in de psychiatrie dan niet erg moeilijk oordelen over behandelbaarheid of onbehandelbaarheid?*

'Ik ben ervan overtuigd dat heel veel afhangt van de vertrouwensrelatie die tussen de patiënt en de psychiater kan worden opgebouwd. Mijn mening is dat behandeling, zelfs als de patiënt de doodswens heeft geuit, verder moet gaan dan louter

genezen. Het is niet onbelangrijk aan te tonen, of dat minstens te proberen, dat iemand ook kan leven mét een aandoening. We moeten hier echt alle mogelijke aandacht aan besteden.

Daarnaast is het zo dat in de psychiatrie nog altijd veel te weinig plaats is voor palliatieve zorg. Die is er wel in de algemene ziekenhuizen, maar – ook al zal die anders zijn – in de psychiatrische ziekenhuizen is die zorg nog veel te weinig voorhanden. Er zijn wel psychiatrische ziekenhuizen die bijvoorbeeld palliatieve support teams inschakelen, maar in tegenstelling tot in algemene ziekenhuizen gebeurt dat daar niet structureel en alleen op eigen initiatief van het ziekenhuis zelf. Hier is een belangrijke taak weggelegd voor de overheid: die moet dit structureel ook voor de psychiatrische ziekenhuizen uitwerken.'

*Praten over euthanasie is al niet eenvoudig voor de somatische patiënt. Is de communicatie erover met de psychiatrische patiënt niet extra moeilijk?*

'Essentieel is dat de vraag moet worden herkend en dat ze, vanaf het moment dat ze is gesteld, niet mag worden genegeerd of weggeduwd. We moeten hierbij echter heel goed uitkijken. Het gevaar bestaat dat zodra over euthanasie wordt gepraat, het lijkt alsof alles al geregeld is. De patiënt kan de zorgverlener het signaal geven dat het écht gaat gebeuren, dat hij er gewoon recht op heeft. Het moet echter duidelijk zijn dat er wel een euthanasiewet is, maar dat er geen recht of plicht op euthanasie is. Het kan overigens best zijn dat als de patiënt zegt niet meer verder te kunnen, het niet euthanasie is waar hij of zij om vraagt. Het kan ook om een dringend verzoek om een andere vorm van leven gaan, of om een andere doelstelling in dit leven. Dat is onder meer goed beschreven in het werk van Lieve Thienpont en Ann Callebert (*Euthanasie bij ondraaglijk psychisch lijden*, Uitgeverij Acco, nvdr.). De vraag naar de dood is in principe niet normaal, we moeten ervoor uitkijken dat de uitweg naar euthanasie niet normaal wordt. Het kan alleen in heel specifieke omstandigheden, en precies daarvoor hebben we de wet.

**'Het is niet onbelangrijk aan te tonen, of dat minstens te proberen, dat iemand ook kan leven mét een aandoening'**

Communicatie met de patiënt moet ook veel breder worden gezien dan louter praten. Zeker in de psychiatrische sector zijn ook het gewoon aanwezig zijn, de nabijheid bij de patiënt, aandacht schenken van cruciaal belang. De patiënt heeft niet alleen een gesprekspartner nodig, maar vooral ook iemand die hij volop kan vertrouwen. Daardoor wordt de kring rondom de patiënt breder, daardoor kan de cocon worden doorbroken, daardoor kan uit de verstikkende eenzaamheid worden gestapt.'

*Kunnen binnen de psychiatrie de verschillende ideologische visies op euthanasie met elkaar worden verzoend?*

'Ik vind het echt jammer dat in deze context nog te vaak wordt gepolariseerd. Psychiaters moeten er zich van bewust zijn dat de



wet er is. Euthanasie kan, euthanasie is wettelijk geregeld. Dus moet de vraag niet in de eerste plaats gaan over "wat nu kan of niet kan", maar over het "hoe". De hamvraag is hoe zorg te bieden aan de individuele patiënt, hoe met de vraag om te gaan. Er moet duidelijk worden gecommuniceerd wat mogelijk is, en dat hoeft echt niet beperkt te blijven tot euthanasie. En als de vraag naar euthanasie toch wordt gesteld, dan moeten we zo zorgvuldig mogelijk de ware achtergrond en de reële intentie van die vraag proberen te achterhalen. In de praktijk blijkt dan dat in veel gevallen nog andere wegen kunnen worden geopend. Dit alles zo goed mogelijk uitklaren, vraagt – zeker in een psychiatrische setting – om een echt multidisciplinaire aanpak. Bovendien is niet alleen de geneesheer-specialist, de psychiater, betrokken bij een vraag naar euthanasie. Er moet ook gekeken worden naar de impact van de vraag bij andere medewerkers én medepatiënten in de context van een psychiatrisch ziekenhuis.'

*U benadrukt nadrukkelijk dat de blik van de psychiater in deze context zo breed mogelijk moet blijven.*

'Ja, het gaat volgens mij écht niet om of/of, maar om en/en. Wat rest nog als je alleen maar kan zeggen: het is dit of euthanasie? Dat vind ik zo'n ontzettend beperkte keuzemogelijkheid!'

*Welke vrijheid hebben psychiaters, rekening houdend met de wettelijke bepalingen, als individu en als beroepsgroep?*

'Net zoals elke andere arts moet de psychiater autonoom beslissen. Of al dan niet op de vraag wordt ingegaan, blijft een strikt autonome keuze. Er is helemaal geen doorverwijsplicht, ik zou dat overigens niet echt een goed idee vinden. Dan gaan we meer in de richting van een plicht tot euthanasie, kiezen voor de dood zou dan wél normaal worden. Wel kan het nuttig zijn door te verwijzen naar iemand die daarom niet meteen tot euthanasie zal laten overgaan, maar die meer met de materie vertrouwd is.'

*Kan de ethicus in deze context de psychiatrie concrete handvatten, concrete initiatieven aanbevelen?*

'Ik merk dat nu ook binnen de psychiatrische ziekenhuizen de discussie op gang is gekomen. Het thema wordt steeds bespreekbaarder. De concrete handvatten bestaan erin dat de mensen in overleg treden, dan móét er over worden gepraat.

Als er wordt gepraat, dan wordt de vraag toegelaten en kan worden nagedacht hoe ermee kan worden omgegaan. Ethici spelen een rol bij het begeleiden van het overleg, bij het gezamenlijk reflecteren over de materie. Als tot een consensus kan worden gekomen, dan is dat ook goed voor de individuele arts. Die voelt zich meer gedragen, ook al blijft hij uiteraard zijn autonomie als arts behouden.'

*Moet de psychiater een plaats innemen in de brede maatschappelijke discussie, in casu over euthanasie bij ondraaglijk psychisch lijden?*

'De psychiater heeft altijd al een plaats ingenomen bij het tot stand komen en uitvoeren van de euthanasiewet. Dat vooral in verband met de euthanasievraag van die personen voor wie het levenseinde niet nabij is. Van de psychiater wordt verwacht dat hij in die gevallen adviseert. Maar hij kan ook zelf voor een om euthanasie vragend patiënt komen te staan. Nu de psychiatrische patiënt meer in de belangstelling staat, en de vraag in de psychiatrie vaker opduikt, heeft de psychiater zeker een plaats in het maatschappelijk debat hierover.'

*Dr. Marc Cosyns doceert medische ethiek, deontologie en palliatieve zorg aan de Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg van UGent en pleit ervoor de euthanasiewet en de wet op de palliatieve zorgen op te heffen en beide op te nemen in de wet over de patiëntenrechten. Kan u het daarmee eens zijn?*

'Mijn mening daarover is dat dan, ik herhaal het, de dood kiezen misschien te normaal wordt. Als euthanasie een patiëntenrecht wordt, dan móét euthanasie worden uitgevoerd. Veel belangrijker is alles, binnen de huidige wetgeving, nóg bespreekbaarder te maken én de palliatieve zorg te versterken en op bepaalde plaatsen te introduceren. En laat ons eindelijk ook eens goed duidelijk maken wat met wilsverklaringen kan en wat er niet mee kan. Ik heb de indruk dat daar nog ontzettend veel onwetendheid over bestaat. Er is veel informatie beschikbaar, maar de kennis blijft beperkt. Zeker bij de brede lagen van de bevolking.' ■

**'Als de vraag naar euthanasie wordt gesteld, moeten we zo zorgvuldig mogelijk de ware achtergrond en de reële intentie van die vraag proberen te achterhalen'**